Lane Medical Library

Aus der II. Universitätsklinik für Frauenkrankheiten
und Geburtshilfe zu München
Vorstand: Universitätsprofessor Dr. Franz Weber

Statistik
der geburtshilflichen Abteilung
in der II. Universitätsklinik für Frauenkrankheiten
und Geburtshilfe zu München
im Jahre 1928

*

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfasst und einer Hohen Medizinischen Fakultät

der

Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Hans Werbe

aus Hamburg

MÜNCHEN 1930

Meinen lieben Eltern
in herzlichster Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154014_0032

In die geburtshilfliche Abteilung der II. Universitätsklinik für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe zu München wurden im Jahre 1928 1724 Frauen eingeliefert. Von diesen waren 671 ledig und 1053 verheiratet. Die meisten waren

I. para = 1069; von den übrigen waren

II. para =	409 Frauen	VI. para =	14 Frauen
III. para =	125 Frauen	VII. para =	12 Frauen
IV. para =	64 Frauen	VIII. para =	5 Frauen
V. para =	23 Frauen	IX. para =	3 Frauen
			1724 Frauen

36 Frauen waren über 40 Jahre, die älteste war eine 46 jährige.

Unter den 1724 Geburten waren

1706 einfache Geburten	= 98,96%
und 18 Zwillingsgeburten	= 1,04%

Bei den 1706 einfachen Geburten wurden

1466 Kinder spontan geboren	= 86%
und 240 Kinder mit Kunsthilfe entwickelt	= 14%

Die 240 Fälle mit Kunsthilfe verteilen sich auf folgende Maßnahmen:

Sectio caesarea	in 63 Fällen =	26,36%
Perforation	in 11 Fällen =	4,60%
Forceps	in 94 Fällen =	39,24%
Manualhilfe	in 50 Fällen =	20,70%
Wendung	in 9 Fällen =	3,73%
Metreuryse mit nachfolgender Spontangeburt	in 5 Fällen =	2,07%
Dehnung des Muttermundes mit nachfolgender Spontangeburt	in 2 Fällen =	0,82%
Blasensprengung mit nachfolgender Spontangeburt	in 5 Fällen =	2,07%
Nabelschnurreposition mit nachfolgender Spontangeburt	in 1 Fall =	0,41%
	240 Fälle	

Von den 63 Fällen mit Sectio caesarea entfallen	
auf Sectio caesarea cervicalis transperitonealis	52 Fälle
auf Sectio caesarea cervicalis transperitonealis und Sterilisation nach Madlener	10 Fälle
auf Sectio caesarea cervicalis fundalis und Sterilisation	1 Fall
	63 Fälle

Indication für Sectio caesarea.

Allgemein verengtes Becken	I.°	14 Fälle
„ „ „	I.° und Beckenausgangsverengerung und übertragenes Kind	1 Fall
„ „ „	II.°	2 Fälle
„ „ „	II.° und I. dorsoanteriore Querlage	1 Fall
Rachitisch plattes Becken	I.°	8 Fälle
„ „ „	I.° und II. Stirnlage	1 Fall
„ „ „	II.°	11 Fälle
„ „ „	II.° und hoher Geradstand	1 Fall
„ „ „	II.° und I. Steißlage	1 Fall
„ „ „	III.° und Querlage	1 Fall
Allgemein verengtes und platt rachitisches Becken	I.°	8 Fälle
„ „ „ „ „ „	II.°	2 Fälle
Beiderseitige Hüftgelenksluxation und querverengter Beckeneingang und -ausgang		1 Fall
Unregelmäßige kindliche Herztöne bei uneröffnetem Muttermund		1 Fall
Alte I. para mit Rigidität der Weichteile. Übertragenes Kind		1 Fall
Plazenta praevia centralis und II. dorsoanteriore Querlage		1 Fall
Eklampsie		1 Fall
Drohende Eklampsie (Apoplexie beim letzten Partus)		1 Fall
Chronische Nephritis und Praeeklampsie mit eklamptischer Amaurose		1 Fall
Pyelitis		3 Fälle
Schwangerschaftsunterbrechung wegen Lungentuberkulose		1 Fall
Schwere Lysolverätzung		1 Fall
		63 Fälle

In 11 oben angeführten Fällen wurde eine Sectio caesarea mit anschließender Tubensterilisation nach Madlener gemacht und zwar bei denjenigen Frauen, bei denen eine Sectio caesarea zum zweiten Male erforderlich war.

11 zerstückelnde Operationen.

Perforation des Kindes in	9 Fällen
Dekapitation des Kindes in	2 Fällen
	11 Fällen

Indication für zerstückelnde Operationen.

Abgestorbenes Kind und I. tiefer Querstand und Nabelschnurvorfall	1 Fall
Abgestorbenes Kind und Blasensprung und Wehenschwäche und Rigidität der Weichteile	3 Fälle
Mazeriertes Kind und Febris intra partum	1 Fall
Rachitisch plattes Becken I.° Febris intra partum	1 Fall
Rachitisch plattes Becken I.° und eingekeilte dorsoanteriore Querlage	1 Fall
Rachitisch plattes Becken II.° II. Steißlage und Nabelschnurvorfall	1 Fall
Plazenta praevia marginalis (Einleitung der Geburt durch Metreuryse)	1 Fall
Hydrocephalus	1 Fall
Ungeschlechtliche Sirene. Vorzeitiger Blasensprung. Nabelschnurvorfall. Rachitisch plattes Becken I.°. II. dorsoanteriore Querlage.	1 Fall
	11 Fälle

In **94 Fällen** mußte das Kind **mittels Zange** entwickelt werden, davon erfolgten 2 Zangen am nachfolgenden Kopf. Hierbei wurde in einem Fall die Naegele- und bei den übrigen die Kielland-Zange angewandt.

Indication für die 94 Zangengeburten.

I. tiefer Querstand	9 Fälle
I. tiefer Querstand und Wehenschwäche. Rigidität der Weichteile	6 Fälle

I. tiefer Querstand und drohende kindliche Asphyxie (davon war 1 Fall mit Beckenausgangsverengerung)	12 Fälle
II. tiefer Querstand (in einem Fall eine Beckenausgangsverengerung)	18 Fälle
II. tiefer Querstand und allgemein verengtes Becken I.°	2 Fälle
I. Stirnlage	1 Fall
II. Stirnlage mit Beckenausgangsverengerung	1 Fall
I. Vorderhauptslage	3 Fälle
II. Vorderhauptslage. Drohende Asphyxie und Wehenschwäche	1 Fall
II. Vorderhauptslage. Eklampsie (Vorher Umwandlung von Vorderhauptslage in Hinterhauptslage)	1 Fall
Eklampsie und drohende Asphyxie	3 Fälle
Wehenschwäche und Rigidität der Weichteile	8 Fälle
Drohende kindliche Asphyxie	21 Fälle
Oedematöse Anschwellung der vorderen Muttermundslippe. Lange Dauer der Preßwehen	1 Fall
Tiefer Geradstand. Drohende Asphyxie und Wehenschwäche	2 Fälle
I. mittelhoher Querstand u. drohende Asphyxie	2 Fälle
I. mittelhoher Querstand. Allgemein verengtes Becken I.° und Erschöpfung	1 Fall

Indication für die 2 Zangen am nachfolgenden Kopf.

I. Steißlage. Kopf konnte mittels Veith-Smellie nicht entwickelt werden	1 Fall
Rachitisch plattes Becken III.° Nabelschnurvorfall. Wendung auf den Fuß. Auch in diesem Falle konnte der Kopf mittels Veith-Smellie nicht entwickelt werden.	1 Fall
	94 Fälle

Manualhilfe in 50 Fällen.

Entwicklung des Kopfes nach Veith-Smellie	17 Fälle
Lösung der Arme nach Arthur Müller und Entwicklung des Kopfes nach Veith-Smellie	23 Fälle
Extraktion und die Handgriffe nach A. Müller und Veith-Smellie	10 Fälle
	50 Fälle

Indication für die Manualhilfe.

I. Steißlage (in einem Falle wurde vorher eine Blasensprengung gemacht)	23 Fälle
II. Steißlage	12 Fälle
I. vollkommene Fußlage	4 Fälle
II. vollkommene Fußlage	7 Fälle
I. unvollkommene Fußlage	2 Fälle
II. unvollkommene Fußlage	2 Fälle
	50 Fälle

Wendung in 9 Fällen.

In 9 Fällen war eine Wendung indiziert. Dabei handelte es sich in 5 Fällen um Wendung bei Querlage und in 4 Fällen um Wendung bei Kopflage.

Indication für die Wendung bei Querlage.

I. dorsoanteriore Querlage (Einleitung der Geburt durch Metreuryse)	1 Fall
II. dorsoanteriore Querlage	1 Fall
I. dorsoposteriore Querlage	2 Fälle
II. dorsoposteriore Querlage mit Nabelschnurvorfall	1 Fall
	5 Fälle

Indication für die Wendung bei Kopflage.

I. Stirnlage	1 Fall
II. Stirnlage	1 Fall
I. vorderer Asynklismus	1 Fall
Nabelschnurvorlagerung	1 Fall
	4 Fälle

Metreuryse.

Bei den einfachen Geburten wurde in 7 Fällen die Geburt durch eine Metreuryse eingeleitet. Hierbei war in einem Fall eine Perforation und in einem anderen eine Wendung nötig. Beide Fälle mit Kunsthilfe sind unter den entsprechenden Kapiteln angeführt. In 5 Fällen erfolgte nach Einlegen des Metreurynters eine Spontangeburt.

Indication für die 5 Fälle von Metreuryse mit nachfolgender Spontangeburt.

Tote Frucht im 6. bis 7. Monat	2 Fälle
Einleitung der Geburt wegen Verdacht auf Portiocarcinom	1 Fall
Einleitung der Geburt wegen Stauung in beiden Nierenbecken	1 Fall
Einleitung der Geburt, da das Kind 4 Wochen übertragen	1 Fall
	5 Fälle

Dehnung des Muttermundes in 2 Fällen.

In 2 Fällen wurde eine Dehnung des Muttermundes gemacht, in einem Fall war eine Conglutinatio orificii externi die Indication, in dem anderen handelte es sich um einen Status praeeclampticus, bei dem noch eine Blasensprengung erforderlich war.

Artificielle Blasensprengung.

Von den 7 Fällen, die eine Blasensprengung erforderten, ist ein Fall bei Manualhilfe und ein Fall bei Dehnung des Muttermundes genannt. In 5 Fällen verlief die Geburt nach Blasensprengung spontan.

Indication für die 5 Fälle von Blasensprengung mit nachfolgender Spontangeburt.

Vollständig eröffneter Muttermund	2 Fälle
Wehenschwäche	1 Fall
Plazenta praevia marginalis	1 Fall
Einleitung der Frühgeburt wegen Lungen- und Larynxtuberkulose	1 Fall
	5 Fälle

Nabelschnurreposition.

5 der einfachen Geburten waren durch einen Nabelschnurvorfall kompliziert, aber nur in einem Fall verlief nach der Nabelschnurreposition, die in Beckenhochlagerung gemacht wurde, die Geburt spontan. Die übrigen 4 Geburten sind unter den Abschnitten Perforation in 2 Fällen, Zange am nachfolgenden Kopf und Wendung in je einem Fall erwähnt.

Zwillingsgeburten.

Bei den 18 Zwillingsgeburten kamen 36 Kinder zur Welt.
Hiervon wurden 20 Kinder spontan geboren und 16 Kinder mit Kunsthilfe entwickelt.
Bei 7 Paar Zwillingen wurden beide Kinder spontan geboren.
Von 6 Paar Zwillingen wurde je ein Kind spontan und eins nicht spontan geboren.
Bei 5 Paar Zwillingen mußten beide Kinder mit Kunsthilfe entwickelt werden.
Folgende Arten von Kunsthilfe wurden bei den genannten 16 Fällen angewandt:

Zange	in 2 Fällen
Manualhilfe (davon 1 Fall mit Blasensprengung)	in 8 Fällen
Wendung (davon 1 Fall mit Metreuryse und 2 Fälle mit Blasensprengung)	in 5 Fällen
Blasensprengung mit nachfolgender Spontangeburt	1 Fall
	16 Fälle

Indication für diese 16 Fälle mit Kunsthilfe.

Zange:	
II. tiefer Querstand	1 Fall
Erschöpfung der Mutter	1 Fall
Manualhilfe:	
I. Steißlage	5 Fälle
II. Steißlage	3 Fälle
Wendung:	
Bei Querlage:	
II. dorsoanteriore Querlage	1 Fall
Bei Kopflage:	
Erschöpfung der Mutter	3 Fälle
Plazenta praevia marginalis (vorher Einleitung der Geburt durch Metreuryse)	1 Fall
Blasensprengung:	
Erschöpfung der Mutter	1 Fall
	16 Fälle

Das Wochenbett bei sämtlichen Zwillingsgeburten verlief normal mit Ausnahme von einem Fall mit Eklampsie, dieser ist unter dem Abschnitt „Schwangerschaftstoxikosen“ erwähnt.

Plazenta.

Bei den 1724 Geburten wurde

in	1192	Fällen die Plazenta spontan geboren	= 69,18%
in	383	Fällen mit leichtem Druck gelöst	= 22,21%
in	60	Fällen mit Credé'schem Handgriff	= 3,46%
in	4	Fällen mit Credé in Narkose	= 0,23%
in	22	Fällen manuell gelöst	= 1,27%
in	63	Fällen manuell gelöst bei Sectio caesarea	= 3,65%
	1724	Fälle	

Indication für den Credé'schen Handgriff und für Credé in Narkose waren Blutungen.

Indication für die manuelle Plazentalösung in 22 Fällen.

Atonia uteri	8 Fälle
Plazenta adhaerens	6 Fälle
Plazenta accreta (davon in einem Fall außerdem Atonia uteri)	4 Fälle
Plazenta-Retention	2 Fälle
Plazenta praevia marginalis	2 Fälle
	22 Fälle

Die durchschnittlich verlorene Blutmenge bei den 1724 Geburten betrug 237,13 gr.

Uterusaustastung.

Wegen Plazenta- und Eihautretention war in 6 Fällen eine Uterusaustastung erforderlich.

Uterusscheidentamponade.

Atonia uteri (davon in einem Fall Anlegung des Momburg'schen Schlauches)	5 Fälle
Dauernde Blutungen aus Nahtstellen	1 Fall
Plazentaretention mit Nachblutungen	2 Fälle
Plazenta adhaerens mit ungenügender Uteruskontraktion	1 Fall
Plazenta praevia marginalis	1 Fall
Plazenta praevia marginalis, Plazentaretention und Blutungen	1 Fall
	11 Fälle

Totalexstirpation des Uterus.

Wegen eines hoch hinaufreichenden Cervixrisses bei Plazenta praevia marginalis war eine Totalexstirpation des Uterus unter Zurücklassen der Ovarien nötig. Diese eingreifende Operation bedarf einer besonderen Erklärung, die nachfolgend in den Aufzeichnungen des Krankenjournals zu finden ist:

K. H. 24 Jahre, II. para. Der Kopf steht in II. H.H. Lage. Metreuryse. Totes Kind. Perforation. Totalexstirpation.

Wegen Plazenta praevia marginalis, mangelhafter Erweiterung des Cervicalkanals und Wehenschwäche wurde eine Metreuryse ausgeführt. Eine Stunde seit Ausstoßung des mit 500 ccm physiologischer Kochsalzlösung gefüllten und mit 1 kg Gewicht belasteten Ballons sistiert die Wehentätigkeit. Der künstlich erweiterte Cervicalkanal hängt als schlaffer Sack in die Vagina. Der innere Muttermund ist knapp handtellergroß und als ein sehr straffer Ring ringsherum zu fühlen. Der Schädel ist im Beckeneingang beweglich. Die Scheitelbeine sind etwas übereinandergeschoben. Links hinter dem Schädel ist deutlich der untere Rand der Plazenta zu fühlen. Es blutet mäßig. Da keine Aussicht auf spontane Beendigung der Geburt besteht, und das Kind seit den Morgenstunden abgestorben ist, wird die Perforation des Kindes beschlossen. In Narkose wird der Schädel, der von außen fixiert ist, mit dem Blot'schen Dolch angebohrt und der Kephalokranioklast angelegt. Es fließt reichlich Gehirn ab. Die Extraktion des perforierten und verkleinerten Schädels macht Schwierigkeiten. Der innere Muttermund ist so stark kontrahiert, daß er den verkleinerten Schädel kaum passieren läßt. Auf kräftigen Zug hin gibt der innere Muttermund plötzlich nach. Ein ausgetragener toter Knabe wird entwickelt. Der Damm ist intakt. Die Plazenta wird manuell gelöst. Es blutet noch immer etwas. Bei der Plazentalösung wird das Vorhandensein eines rechtsseitigen hoch hinaufragenden Cervixrisses festgestellt. Bei der Größe desselben wird von einer Naht Abstand genommen und die Totalexstirpation des Uterus beschlossen.

Es wird der suprasymphysäre Fascienquerschnitt nach Pfannenstiel gemacht. Nach Eröffnung des Peritoneums zeigt sich, daß der inkomplete Cervixriss rechts bis nahe an die Arteria uterina hinaufreicht, ohne die letztere verletzt zu haben. Der Uterus wird unter Zurücklassung beider Ovarien total

exstirpiert. Die Scheide wird verschlossen. Die Scheiden- und Adnexstümpfe werden peritonisiert und die Bauchhöhle verschlossen.

Wochenbett.

Das Wochenbett ist normal. Die Wunde ist nach 17 Tagen per primam intentionem geheilt und vernarbt. Der Scheidenstumpf ist geschlossen.

Plazenta praevia.

Bei den 1724 Geburten kam in 6 Fällen = 0,35 % Plazenta praevia vor. Davon entfielen auf

Plazenta praevia marginalis	5 Fälle
Plazenta praevia centralis	1 Fall

Unter den Fällen mit Plazenta praevia war eine I. para
drei II. para
zwei III. para.

Sonstige Bemerkungen über Plazenta.

Plazenta adhaerens	6 Fälle
Plazenta accreta	4 Fälle
Tubeneckenplazenta	1 Fall
Plazenta succenturiata	3 Fälle
Insertio velamentosa	1 Fall
	15 Fälle

Rachitis.

Bei den 1724 Frauen war in 159 Fällen = 9,22 % Rachitis anamnestisch zu erheben Von diesen verliefen
103 Fälle = 64,78 % spontan. Die übrigen
56 Fälle = 35,22 % wurden mit Hilfe von Operationen entwickelt.

Diese 56 Operationen verteilen sich auf folgende Maßnahmen:

Sectio caesarea	in 36 Fällen
Zange	in 13 Fällen
Operation mit kombinierter Indication	in 7 Fällen
	56 Fälle

Operationen mit kombinierter Indication bei Rachitis 7 Fälle

Perforation:

Rachitisch plattes Becken I.° und Febris intra partum	1 Fall
Rachitisch plattes Becken II.° Nabelschnurvorfall und II. Steißlage	1 Fall

Dekapitation:

Rachitisch plattes Becken I.° und eingekeilte dorsoanteriore Querlage	1 Fall
Rachitisch plattes Becken I.°. II. dorsoanteriore Querlage. Vorzeitiger Blasensprung. Nabelschnurvorfall. Sirene	1 Fall

Manualhilfe:

II. Steißlage	1 Fall
II. vollkommene Fußlage	1 Fall

Metreuryse:

Einleitung der Geburt: totes Kind im 6. — 7. Monat, II. Steißlage	1 Fall
	7 Fälle

Zusammenstellung sämtlicher pathologisch veränderter Becken.

Allgemein verengtes Becken I.°. (davon eines mit trichterförmig verengtem Beckenausgang)	19 Fälle
Allgemein verengtes Becken II.°	4 Fälle
Einfach plattes Becken I.°	1 Fall
Einfach plattes Becken III.°	1 Fall
Rachitisch plattes Becken I.°	15 Fälle
Rachitisch plattes Becken II.°	13 Fälle
Rachitisch plattes Becken III.°	1 Fall
Allgemein verengt und rachitisch plattes Becken I.°	8 Fälle
Allgemein verengt und rachitisch plattes Becken II.°	2 Fälle
Beckenausgangsverengerung	2 Fälle
Quer verengter Beckeneingang und -ausgang	1 Fall
	67 Fälle

Erkrankung der Mutter, die während der Schwangerschaft schon bestanden.

Lues	in 4 Fällen
Epilepsie	in 1 Fall
Ikterus	in 1 Fall
Cholecystitis	in 1 Fall
Pyelitis	in 8 Fällen
Cystopyelitis	in 2 Fällen
Pleuritis	in 1 Fall
Tuberculosis pulmonum	in 1 Fall
	19 Fälle

Schwangerschaftstoxikosen.

Von den im Jahre 1928 bei den 1724 Frauen vorgekommenen Schwangerschaftstoxikosen sind folgende anzuführen:

Eklampsie (davon 1 Fall bei Zwillingen)	10 Fälle = 0,58 %
Praeeklampsie (davon 1 Fall mit praeeklamptischer Amaurose)	4 Fälle = 0,23 %
Hyperemesis gravidarum	2 Fälle = 0,12 %
	16 Fälle = 0,93 %

Unter den 10 Frauen mit Eklampsie waren:

8 I. para, (davon 1 Mutter gestorben)
1 III. para (Zwillinge)
1 VIII. para
10 Fälle

Unter den 4 Frauen mit Praeeklampsie waren
3 I. para (darunter eine 16jährige mit Amaurose)
1 V. para
4 Fälle

2 Fälle mit Hyperemesis gravidarum bei 2 II. para.

Febris intra partum.

Wegen Febris intra partum wurde in 2 Fällen eine Perforation ausgeführt.

Fieberhafter Wochenbettsverlauf.

Fieberhafter Wochenbettsverlauf kam in 68 Fällen = 3,39 % vor. Hiervon entfielen auf Spontangeburten 41 Fälle und auf mit Kunsthilfe beendete Geburten 27 Fälle
68 Fälle

Bei den Spontangeburten handelte es sich um folgende fieberhafte Erkrankungen:

Mastitis	14 Fälle
Thrombophlebitis	6 Fälle
Bartholinischer Abszess	1 Fall
Putride Lochien	8 Fälle
Eihautretention	1 Fall
Parametritis	1 Fall
Adnexitis	1 Fall
Cystopyelitis	1 Fall
Pyelitis	2 Fälle
Nephritis	2 Fälle
Pleuritis	1 Fall
Bronchitis	2 Fälle
Angina	1 Fall
	41 Fälle

Bei den mit Kunsthilfe beendeten Geburten kamen bei 27 Müttern Erkrankungen bezw. Entzündungen vor. Diese sind auf folgende Maßnahmen verteilt, ohne selbst immer unmittelbar mit den unbedingt erforderlichen geburtshilflichen Eingriffen in Zusammenhang zu stehen:

14 Fälle	auf Sectio caesarea
1 Fall	auf Perforation
6 Fälle	auf Zange
5 Fälle	auf Manualhilfe
1 Fall	auf Metreuryse
27 Fälle	

Bei **Sectio caesarea** waren folgende fieberhafte Erkrankungen zu verzeichnen:

Mastitis	2 Fälle
Thromhophlebitis	3 Fälle
Nephritis	1 Fall
Bauchdeckeneiterung	7 Fälle
Bronchitis	1 Fall
	14 Fälle

Bei Perforation:		
	Lungeninfarkt	1 Fall
Bei Zange:		
	Mastitis	1 Fall
	Thrombophlebitis	4 Fälle
	Putride Lochien	1 Fall
		6 Fälle
Bei Manualhilfe:		
	Thrombophlebitis	2 Fälle
	Putride Lochien	1 Fall
	Cystopyelitis	1 Fall
	Pyelitis	1 Fall
		5 Fälle
Bei Metreuryse:		
	Parametritis	1 Fall

Spätblutungen.

In 2 Fällen musste die Mutter wegen Spätblutungen nachbehandelt werden. In einem Fall genügten heiße Scheidenduschen. In dem anderen Fall kehrte die Mutter 4 Wochen nach der Entlassung mit Blutungen in die Klinik zurück. Wegen des schlecht involvierten Uterus wurde eine Abrasio ausgeführt, die die Blutungen zum Stillstand brachte.

Pathologische Veränderungen bei der Mutter.

Vor der Geburt vorhandene Anomalien:	
Uterus bicornis	2 Fälle
Nach der Geburt diagnostizierte Veränderungen bei der Mutter:	
Inversio vaginae anterior et posterior	8 Fälle
Descensus vaginae anterior	2 Fälle
Descensus vaginae anterior mit Cystocele	3 Fälle
Descensus vaginae posterior	1 Fall
Descensus vaginae posterior mit Rectocele	1 Fall
Descensus vaginae anterior et posterior	7 Fälle
Descensus vaginae anterior et posterior et uteri	1 Fall
Retroflexio uteri	3 Fälle
Dextropositio uteri	1 Fall
Hochgradige Rectusdiastase	2 Fälle
	29 Fälle

Exitus letalis der Mutter.

In 5 Fällen kam es zu einem Exitus letalis der Mutter. Hierbei handelte es sich um 2 Spontangeburten
1 Sectio caesarea
1 Perforation
1 Zange
5 Fälle

Die Todesursachen, in oben genannter Reihenfolge geordnet, waren folgende:
Thrombophlebitis und Embolie
Pneumonie
Nephritis und Embolie
Akutes Lungenoedem mit Bronchopneumonie und beginnender Sepsis
Eklampsie.

Diese 5 Fälle von Exitus letalis der Mutter bei 1724 Geburten bedeuten eine mütterliche Mortalität von nur 0,29%. Der Geburts- und Wochenbettsverlauf ist im folgenden näher dargestellt.

1. Fall:

M. K. 38 Jahre. IV. para. Spontangeburt eines lebensfrischen Mädchens in II. H. H. Lage.

Der Wochenbettsverlauf war bis zum 5. Tage vollkommen normal. Am 5. Tage tritt eine Thrombophlebitis am linken Bein auf, die mit feuchten Verbänden behandelt wird. Am 6. Wochenbettstage morgens um 10^{30} kommt die Wöchnerin plötzlich durch Embolie ad exitum.

2. Fall:

V. S. 22 Jahre, I. para. Spontangeburt eines lebenden, noch nicht völlig reifen Knaben in I. H. H. Lage, ohne Dammschutz. Die Geburt verlief sturzartig. Der Damm ist intakt.

Die Fruchtblase wird gesprengt wegen schwacher Wehen und Pituglandol verabreicht. Die Patientin hatte schon während der Schwangerschaft eine schwere Pneumonie, der sie am ersten Tag nach der Entbindung erlag.

3. Fall:

B. W. 28 Jahre. I. para. Eine Sectio cervicalis transperitonealis wurde wegen I. dorsoanteriorer Querlage und allgemein verengtem Becken ausgeführt.

Die Operation verlief normal. Während der ersten Wochenbettstage fühlt sich die Patientin leidlich wohl. Am 3. Tage post partum treten putride Lochien auf. Es wird täglich mehrmals Secale gegeben. Am nächsten Tage klagt sie über plötzliche Uebelkeit und Atemnot. Sie ist stark cyanotisch. Es überkommt sie ein Angstgefühl (Verdacht auf Embolie). Sie wird ruhig gelagert und bekommt Pantopon. Der Anfall geht rasch vorrüber, es bleibt aber noch den ganzen Tag ein ziemlich starkes Schwindelgefühl zurück. Am anderen Tage ist der Puls sehr frequent. Die Patientin hat immer noch Angst- und Beklemmungsgefühl auf der Brust. Die Temperaturen sind etwas erhöht. Der Puls kehrt zur Norm zurück. Die Beschwerden bessern sich allmählich. Nach 2 Tagen morgens um 1^{45} tritt eine erneute schwere Embolie ein, die in wenigen Minuten zum Exitus letalis führt.

4. **Fall:**

J. W. 31 Jahre, I. para. Vorzeitiger Blasensprung mit Nabelschnurvorfall. Dekapitation bei II. dorsoanteriorer Querlage und rachitisch plattem Becken $I.^{0}$.

Die Portio ist verstrichen, der Muttermund knapp markstückgroß, die vorgefallene Nabelschnur mißfarben und geschrumpft. Nach einigen Stunden ist der Muttermund handtellergroß. Im Beckeneingang liegt eine Schulter und ein Arm. Der Muttermund ist sehr dünnsäumig und gut dehnbar. In tiefer Narkose wird der vorliegende Arm heruntergeholt und angeschlungen. Es wird versucht, die Frucht auf den Fuß zu wenden, doch gelingt es nicht, einen Fuß zu finden. Da der Hals des Kindes gut erreichbar ist, wird die Dekapitation mit der Ribemont-Bong'schen Säge gemacht. Der abgetrennte Rumpf lässt sich leicht extrahieren. Es zeigt sich, daß eine Mißbildung vorliegt (Sirene). Der Schädel wird durch Druck auf die Bauchdecken hereingedrückt und durch Einhaken des Zeigefingers in den Mund entwickelt. Der Damm ist intakt. Ein linksseitiger Muttermundsriß wird durch Knopfnähte verschlossen.

3 Stunden nach der Entbindung tritt ein plötzlicher Collaps der Mutter ein. Sie wird vollständig blau, hat starken Lufthunger, der Puls ist sehr beschläunigt und klein. Sie ist sehr unruhig. Starkes Rasseln ist bei der Atmung zu hören. Zunächst wird Morphium verabreicht. Allmählich bessert sich die Cyanose etwas, die Atmung wird ruhiger und auch der

Puls etwas langsamer. Es handelt sich offenbar um eine Herzschwäche mit akutem Lungenoedem. Die Wöchnerin bekommt reichlich Herzmittel. Die Nacht über ist das Befinden der Patientin ziemlich gut. Um 6^{45} morgens tritt eine erneute Verschlechterung ein, die rasch zum Exitus letalis (6^{50}) führt.

Der Obduktionsbefund lautet: Akutes Lungenoedem mit centraler Bronchopneumonie. Ausserdem wurde ein beginnender septischer Zustand festgestellt.

5. Fall:

J. W. 31 Jahre, I. para. Das Kind mußte in II. H. H. Lage wegen Verlangsamung der Herztöne und Eklampsie der Mutter mit der Zange entwickelt werden.

Vor der Geburt wird zunächst eine Spritze Morphium verabreicht. Der Blutdruck beträgt 190/140 Eiweiß im Urin: +++ Patientin bekommt plötzliche Atemnot und anschließend einen eklamptischen Anfall. Erneute Morphiuminjektion. Es wird ein Aderlaß von 550 ccm gemacht. Der Blutdruck ist nach dem Aderlaß auf 160/130 gesunken. Während des Aderlasses tritt ein kurzer zweiter Anfall auf. Das Stroganoff'sche Verfahren wird eingeleitet. Erneute Anfälle um 0^{25}, 0^{45}, 1^{15}, 1^{30}, 1^{50}, die immer nur kurze Zeit anhalten. Um 2^{15} sind die kindlichen Herztöne sehr schlecht. Der Muttermund ist fast kleinhandtellergroß. Die Blase ist gesprungen. Der Kopf steht fast in Beckenweite. Die Pfeilnaht ist quer. Die kleine Fontanelle rechts seitlich. Die Kielland-Zange wird im geraden Durchmesser angelegt. Die Drehung gelingt ziemlich leicht. Die vordere und hintere Muttermundslippe wird incidiert. Ein reifer, toter Knabe wird extrahiert. Ein Scheiden- und Dammriss II.°, der nicht zu vermeiden war, wird durch Naht verschlossen. Um 2^{30} wird die Atmung der Frau plötzlich sehr langsam und oberflächlich. Wenige Sekunden später tritt der Exitus letalis ein.

Kinder.

Lagen der Kinder.

Im Jahre 1928 kamen bei den 1724 Geburten 1742 Kinder zur Welt, 1706 Kinder bei einfachen Geburten und

36 Kinder bei 18 Zwillingsgeburten

1742 Kinder

Bei den 1742 Kindern war in 16 Fällen und zwar bei den einfachen Geburten die Lage nicht bestimmbar. Als Grund ist anzugeben:

Kind noch beweglich, da es sich um Schwangerschaften im 6. und 7. Monat handelt.	6 Fälle
5 Frauen wurden entbunden eingeliefert	5 Fälle
1 Frau wurde halbentbunden eingeliefert	1 Fall
Entbindung sofort nach der Aufnahme	3 Fälle
Untersuchung wegen schwerer Lysolverätzung nicht möglich	1 Fall
	16 Fälle

Bei den übrigen 1726 Fällen sind folgende Lagen festgestellt worden:
(nach Döderlein'scher Einteilung)

A. Geradlagen 1714 = 99,26 %
B. Querlagen 12 = 0,74 %

A. Geradlagen:

Von den 1714 Geradlagen waren

I. Kopflagen 1644 = 95,91 % der Geradlagen
II. Beckenendlagen 70 = 4,09 % der Geradlagen
1714

I. Kopflagen 1644:

Bei den 1644 Kopflagen handelt es sich um

a) 1631 Schädellagen (normale Haltung-Flexion) = 99,21 % der Kopflagen
b) 13 Gesichtslagen (anormale Haltung-Deflexion) = 0,79 % der Kopflagen

Ia) Schädellagen 1631:

I. H. H. Lage	1059 = 64,86 %	der Schädellagen	1623 Gesamt H.H. Lagen
II. H. H. Lage	564 = 34,66 %	„ „	
I. V. H. Lage	4 = 0,24 %	„ „	8 Gesamt-V. H. Lagen
II. V. H. Lage	4 = 0,24 %	„ „	
	1631		

Von den 1059 Fällen mit I. H. H. Lage verharrten

25 Fälle im I. tiefen Querstand
3 Fälle im I. mittelhohen Querstand
1 Fall im hohen Geradstand.

Von den 564 Fällen mit II. H. H. Lage verharrten 23 Fälle im II. tiefen Querstand.

Von den 1623 H. H. Lagen waren 1467 Spontangeburten
= 99,96 % der Schädellagen
Von den 8 V. H. Lagen waren 5 Spontangeburten
= 0,31 % der Schädellagen

Ib) Gesichtslagen (Stirnlagen) 13:

I. Gesichtslage 8 = 61,54 % der Gesichtslagen
II. Gesichtslage 5 = 38,45 % der Gesichtslagen
13

Von den 13 Gesichtslagen waren 6 Spontangeburten
= 46,54 % der Gesichtslagen

II. Beckenendlagen 70:

Bei den Beckenendlagen handelt es sich in

a) 54 Fällen um Steißlage = 77,14 % der Beckenendlagen
b) 16 Fällen um Fußlage = 22,86 % „ „

IIa) Steißlagen 54:

I. Steißlage 35 = 64,82 % der Steißlagen
II. Steißlage 19 = 35,18 % der Steißlagen
54 Steißlagen

Von den 54 Steißlagen waren 8 Spontangeburten
= 14,83 % der Steißlagen

II b) Fußlagen 16:

I. vollkommene Fußlage 4 = 25 % der Fußlagen
II. vollkommene Fußlage 7 = 43,75 % der Fußlagen
I. unvollkommene Fußlage 2 = 12,50 % der Fußlagen
II. unvollkommene Fußlage 3 = 18,75 % der Fußlagen
16

Sämtliche 16 Fußlagen erforderten Kunsthilfe.

B. Querlagen 12:

I. dorsoanteriore Querlage	3 = 25,00 %	der Querlagen
II. dorsoanteriore Querlage	6 = 50,00 %	der Querlagen
I. dorsoposteriore Querlage	2 = 16,67 %	der Querlagen
II. dorsoposteriore Querlage	1 = 8,33 %	der Querlagen
	12	

Alle 12 Querlagen wurden nicht spontan geboren.

Uebersicht über sämtliche 1726 bestimmbare Lagen im Verhältnis ihres Vorkommens und prozentual berechnet auf sämtliche 1726 Lagen.

I. H.H. Lage	1059 = 60,50 %	aller Lagen
II. HH. Lage	564 = 33,55 %	„ „
I. V.H. Lage	4 = 0,23 %	„ „
II. V.H. Lage	4 = 0,23 %	„ „
I. Gesichtslage	8 = 0,46 %	„ „
II. Gesichtslage	5 = 0,29 %	„ „
I. Steißlage	35 = 2,03 %	„ „
II. Steißlage	19 = 1,10 %	„ „
I. vollkommene Fußlage	4 = 0,23 %	„ „
II. vollkommene Fußlage	7 = 0,41 %	„ „
I. unvollkommene Fußlage	2 = 0,11 %	„ „
II. unvollkommene Fußlage	3 = 0,17 %	„ „
I. dorsoanteriore Querlage	3 = 0,17 %	„ „
II. dorsoanteriore Querlage	6 = 0,35 %	„ „
I. dorsoposteriore Querlage	2 = 0,11 %	„ „
II. dorsoposteriore Querlage	1 = 0,06 %	„ „
	1726	

Von diesen 1726 bestimmbaren Lagen entfielen auf die 36 Zwillingskinder folgende:

I H.H. Lage	12 Fälle
II H.H. Lage	12 Fälle
I. Steißlage	6 Fälle
II. Steißlage	5 Fälle
II. dorsoanteriore Querlage	1 Fall
	36 Fälle

Von den 12 Fällen mit II. H.H. Lage verharrte in einem Fall der Kopf im II. tiefen Querstand.

Schicksal der Kinder.

Unter den 1706 einfachen Geburten waren

871 Knaben
834 Mädchen
1 ungeschlechtliche Sirene
1706

Die 18 Zwillingsgeburten ergaben 36 Kinder, von denen

20 Knaben
und 16 Mädchen waren.
36

Das Durchschnittsgewicht sämtlicher 1742 Kinder betrug

3151,57 gr

99 Kinder hatten ein Gewicht von je 4000 gr und mehr, eines von diesen wog über 5000 gr, 31 Kinder wogen je 1500 gr und weniger, von denen 6 am Leben blieben.

Die Durchschnittslänge sämtlicher 1724 Kinder betrug

49,44 cm

Bei den **1466 einfachen Spontangeburten** wurden

737 Knaben und
729 Mädchen geboren.
1466

Hiervon waren:

reif und lebensfähig	698	Knaben	und	690	Mädchen
unreif und lebensfähig	19	„	und	21	„
reif und tot bezw. gestorben	3	„	und	4	„
unreif und tot bezw. gestorben	15	„	und	11	„
faultot und ausgetragen	1	„	und	2	„
unreif und faultot	1	„	und	1	„
	737	Knaben	und	729	Mädchen

Auf die **240 einfachen mit Kunsthilfe beendeten Geburten** (240 Kinder) entfallen auf Knaben 131
auf Mädchen 108
und ungeschlechtliche Sirene 1
240

Bei den schon früher genannten 63 Fällen von **Sectio caesarea** kamen 32 Knaben und
31 Mädchen zur Welt
63

Hiervon sind:

reif und lebensfähig	30 Knaben	und	26	Mädchen
unreif und lebensfähig	2 „	und	3	„
unreif und tot bezw. gestorben			2	„
	32 Knaben		31	Mädchen

Perforationen 11 Fälle:

7 Knaben
3 Mädchen
1 ungeschlechtliche Sirene
11

Reif und tot	6 Knaben	und	2	Mädchen
unreif und tot			1	Mädchen 1 Sirene
faultot und ausgetragen	1 Knabe			
	7 Knaben		3	Mädchen 1 Sirene

Forceps 94 Fälle.

54 Knaben und 40 Mädchen. Davon waren

reif und lebensfähig	49 Knaben	und	36	Mädchen
unreif und lebensfähig			1	Mädchen
reif und tot bezw. gestorben	5 Knaben	und	2	Mädchen
unreif und tot bezw. gestorben			1	Mädchen
	54 Knaben		40	Mädchen

Auf die **50 mit Manualhilfe beendeten Geburten** entfallen
26 Knaben und
24 Mädchen
50

Hiervon sind reif und lebensfähig	24 Knaben	und	16	Mädchen
unreif und lebensfähig	1 Knabe	und	2	„
reif und tot bezw. gestorben			3	„
unreif und tot bezw. gestorben	1 Knabe	und	3	„
	26 Knaben		24	Mädchen

Bei den 9 **Wendungen** wurden 3 Knaben und 6 Mädchen geboren.

Hiervon waren

reif und lebensfähig	3 Knaben	und	3	Mädchen
unreif und lebensfähig			1	„
unreif und tot bezw. gestorben			2	„
	3 Knaben		6	Mädchen

Nach Einlegen des **Metreurynters in 5 Fällen** mit anschließender Spontangeburt kamen 3 Knaben und 2 Mädchen zur Welt.

Reif und lebensfähig	1 Knabe	und 1 Mädchen
unreif und tot bezw. gest.	2 Knaben	und 1 „
	3 Knaben	2 Mädchen

Bei den beiden Fällen mit **Dehnung des Muttermundes** wurden 2 Mädchen geboren, die beide reif und lebensfähig waren.

Nach der **artificiellen Blasensprengung in 5 Fällen** mit anschließender Spontangeburt kamen 5 Knaben zur Welt, von denen 3 reif und lebensfähig und 2 unreif und tot waren.

Bei dem einen Fall mit **Nabelschnurreposition** und nachfolgender Spontangeburt wurde ein reifer und lebensfähiger Knabe geboren.

Tote Kinder.

Insgesamt sind 73 tote Kinder = 4.28% genannt. Diese verteilen sich wie folgt: 37 Knaben
35 Mädchen
1 Sirene
73

Von diesen waren

25 reif und tot bezw. gestorben:
14 Knaben und 11 Mädchen = 1,47%

42 unreif und tot bezw. gest.:
20 Knaben und 21 Mädchen, 1 Sirene = 2,45%

6 faultot
3 Knaben und 3 Mädchen = 0,36%

73
4.28%

Schicksal der Zwillingskinder.

Bei den 18 Zwillingsgeburten kamen 36 Kinder zur Welt, von denen 20 Knaben und 16 Mädchen waren. Hierbei wurden
bei 7 Geburten je 2 Knaben geboren
bei 5 Geburten je 2 Mädchen und
bei 6 Geburten je 1 Knabe und je 1 Mädchen.
18

In einem Falle handelte es sich um eineiige Zwillinge, in allen übrigen Fällen um zweieiige.

14 Paar Zwillinge waren reif und sind am Leben geblieben. Hiervon waren 15 Knaben und 3 Mädchen. Bei einer Zwillingsgeburt (2 Mädchen) war ein Kind schwer und eins leicht asphyktisch. Beide erholten sich nach Wechselbädern und künstlicher Atmung.

2 Zwillingskinder (1 Knabe und 1 Mädchen) wurden unreif geboren und blieben am Leben.

3 Paar Zwillinge (2 Knaben, 2 Knaben, 2 Mädchen) wurden unreif geboren. Von diesen blieb jedoch nur 1 Kind (1 Mädchen) am Leben. Von den übrigen 5 Kindern war eins als totes Kind zur Welt gekommen und die anderen 4 waren lebensunfähig.

Von den 7 Paar spontan geborenen Zwillingen (10 Knaben und 4 Mädchen) sind

reif und lebensfähig	6 Knaben	und	2 Mädchen
unreif und lebensfähig			1 „
unreif und tot bezw. gestorben	4 „	und	1 „
	10 Knaben	und	4 Mädchen

Von den 6 Paar Zwillingen (5 Knaben, 7 Mädchen), von denen (je eines spontan, eines mit Kunsthilfe geboren war, sind alle Kinder reif und lebensfähig gewesen.

Von den 5 Zwillingsgeburten (5 Knaben, 5 Mädchen), bei denen sämtliche Kinder mit Kunsthilfe entwickelt worden waren, sind

reif und lebensfähig	4 Knaben	und	4 Mädchen
unreif und lebensfähig	1 „	und	1 „
	5		5

Von den 36 Zwillingen sind 5 unreif und tot. Das macht eine Mortalität bei Zwillingsgeburten von 13,89%.

73 tote Kinder waren bei einfachen Geburten angeführt. Somit sind also bei sämtlichen 1742 Geburten 78 tote Kinder: das bedeutet eine Gesamtmortalität der Kinder von 4,48%.

Von diesen waren	25 reif und tot	= 1,44%
	47 unreif und tot	2,70%
	6 faultot	0,34%
	78	4,48%

Pathologische Veränderungen bei den Kindern.

Anencephalus*)	3 Fälle
Hydrocephalus*)	1 Fall
Sirene*)	1 Fall
Auffallend längliche Schädelbildung*)	1 Fall
Phocomelie (Mißbildung an allen 4 Extremitäten)	1 Fall
Fehlen der Endphalangen bei 3 Fingern der linken Hand	1 Fall
Thymushyperthrophie	1 Fall
Haemangiom des rechten Oberschenkels	1 Fall
	10 Fälle

Die mit einem *) versehenen Fälle sind gestorben und unter den toten Kindern angeführt.

Erkrankungen der Kinder sofort nach bezw. bei der Geburt.

Melaena neonatorum	1 Fall
Blennorhoea neonatorum	3 Fälle
Conjunctivitis purulenta (Go. in allen Fällen negativ)	9 Fälle
Rhinitis und Pharyngitis (nach 6 Tagen)	1 Fall
Rechtsseitige Parotitis	1 Fall
Ekzem am Gesäß und Hals	1 Fall
Granulom am Nabel	1 Fall
	17 Fälle

Geburtsgeschwülste.

Bei den 1742 Kindern war bei 447 Kindern = 26,23 % im Anschluß an die Geburt eine Geburtsgeschwulst aufgetreten. Diese waren folgendermaßen verteilt:

Linkes Hinterhaupt	1 Fall
Rechtes Hinterhaupt	8 Fälle
Vorderhaupt	3 Fälle
Gesicht	1 Fall
Rechtes Scheitelbein	263 Fälle
Linkes Scheitelbein	149 Fälle
Beide Scheitelbeine	11 Fälle
Längs der Pfeilnaht	1 Fall
Konfiguration am Steiß	7 Fälle
Konfiguration am Scrotum	2 Fälle
Vulvahaematom	1 Fall
	447 Fälle

Stärkere Nabelschnurumschlingungen und Knoten.

Nabelschnurumschlingung	2 mal um den Hals	20 Fälle
„	3 mal um den Hals	10 Fälle
„	4 mal um den Hals	1 Fall
„	1 mal um den Hals und Arm	1 Fall
„	1 mal um Hals und Bauch	1 Fall
„	1 mal um Hals und Fuß	1 Fall
Kind reitet auf der Nabelschnur		1 Fall
1 wahrer Knoten		3 Fälle
		38 Fälle

Ernährung der Kinder.

Aus den Krankenblättern war zu entnehmen, daß von den 1664 am Leben gebliebenen Kindern 1548 = 93 % ausschließlich von der Mutter gestillt wurden. Dies spricht erfreulicherweise für die sich hebende Stillfreudigkeit der Mütter. Die übrigen 116 Kinder wurden teils von der Amme gestillt, teils künstlich ernährt.

Am Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. Weber als Direktor der Klinik für die gütige Überlassung des Themas und Übernahme des Referates, sowie Herrn Prof. Saenger für die liebenswürdige Unterstützung bei Abfassung derselben meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, Hans, Georg, Karl, Albert, Heinrich Werbe, geb. am 2. Juni 1904 zu Hamburg als Sohn des praktischen Arztes Dr. med. Georg Werbe und seiner Frau Anna, geb. Fick, besuchte nach 3 jährigem Vorschulunterricht von Herbst 1914 bis Ostern 1923 die Gelehrtenschule des Johanneums in Hamburg, von wo ich nach meiner Versetzung nach Oberprima gesundheitshalber Ostern 1923 zum humanistischen Gymnasium nach Glückstadt umgeschult wurde, wo ich im Herbst 1924 mein Abiturientenexamen bestand. Vom W.-S. 1924/25 bis zum W.-S. 1925/26 besuchte ich als Student der Medizin die Eberhard Karls-Universität in Tübingen. Im S.-S. 1926 und W.-S. 1926/27 setzte ich mein Medizinstudium an der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster i. W. fort, um am Ende des W.-S. 1926/27 dort meine ärztliche Vorprüfung abzulegen. Nach bestandenem Physikum studierte ich vom S.-S. 1927 bis zum S.-S. 1929 an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München, wo ich mein medizinisches Staatsexamen nach 10 Semestern am 23. Dezember 1929 ablegte. Seit dem 20. Januar 1930 bin ich als Medizinalpraktikant in der Medizinischen Abteilung der Münchener Universitäts-Poliklinik tätig.